

HISTORIA CLINICA LABORAL

Examen Medico de Ingreso

PARA SER LLENADO POR EL PACIENTE

FECHA: _____ PUESTO: _____

Empresa: _____

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE (S)		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
EDAD		SEXO		ESTADO CIVIL	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				ESCOLARIDAD	
RELIGIÓN		DOMICILIO Y TELEFONO			
NOMBRE Y NUMERO TELEFONICO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA				GRUPO SANGUINEO	

Marca con una X si alguno de tus familiares como: padres, abuelos, tíos o primos ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades.

II. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

ENFERMEDAD	SI	NO
DIABETES (AZUCAR ALTA)		
HIPERTENSIÓN (PRESION ALTA)		
COLESTEROL ALTO		
TRIGLICERIDOS ALTO		
CANCER		
ARTRITIS (ENFERMEDADES DE LOS HUESOS)		
TUBERCULOSIS		

ENFERMEDAD	SI	NO
EPILEPSIA (CONVULSIONES)		
ENFERMEDADES DEL RIÑÓN		
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN		
ENFERMEDADES DEL PULMÓN		
ENFERMEDADES MENTALES		
PROBLEMAS DE TIROIDES		
HEPATITIS		

OBSERVACIONES:

De acuerdo con las condiciones de su vivienda marque la opción que se adecue a usted con una X.

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

VIVIENDA: PROPIA ☐ RENTADA ☐ TIPO: URBANA ☐ RURAL ☐

SU CASA CUENTA CON AGUA, GAS, LUZ Y DRENAJE: SI ☐ NO ☐

EL MATERIAL DE SU PISO ES: TIERRA ☐ OTRO ☐

EL MATERIAL DE SU TECHO ES DE: LAMINA ☐ OTRO ☐

MASCOTAS: SI ☐ NO ☐ CUALES: _____

SU MASCOTA ESTA DESPARASITADA: SI ☐ NO ☐ HACE CUANTO: _____

HISTORIA CLINICA LABORAL

Examen Medico de Ingreso

PARA SER LLENADO POR EL PACIENTE

Cada cuando se baña	Cada cuando hace cambio de ropa interior y exterior	Cuantas veces al día se lavada los dientes	En qué momento se lava las manos, mencione dos ejemplos	Tuvo exposición a humo de leña en algún momento de su vida

IV. ANTECEDENTES LABORALES.

Coloque los últimos 3 empleos donde haya durado **MÁS de 6 meses.**

Empleo	En donde trabajo	Cuanto tiempo	Especifique sus funciones	Equipo de protección utilizado	Tuvo incapacidades, accidentes de trabajo o de trayecto
1					
2					
3					

CON UNA X MARQUE SI TUVO EXPOSICIÓN A LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO EN ALGUNO DE SUS EMPLEOS:

AGENTES	EMPLEO 1	EMPLEO 2	EMPLEO 3
POLVO			
SOLVENTES (thinner, éter, oxido, acetona, etc.)			
PINTURAS			
TEMPERATURAS MUY ALTAS			
TEMPERATURAS BAJAS			
QUIMICOS (hipoclorito, jabón, quita grasa, sosa, etc.)			
CARGAS PESADAS			
ESTAR EN LA MISMA POSICION (parado o sentado)			
MOVIMIENTOS DE REPETICION			
RUIDO			
OTRO			

OBSERVACIONES:

HISTORIA CLINICA LABORAL

Examen Medico de Ingreso

PARA SER LLENADO POR EL PACIENTE

V. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

	SI	NO	
FUMA			¿CUANTOS CIGARROS?
INGIERE BEBIDAS ALCOHOLICAS			¿CADA CUANDO?
PRACTICA ALGUN DEPORTE			¿CUAL Y CON QUE FRECUENCIA?
ALERGIAS			¿A QUE ES ALERGICO?

ALGUNA VEZ LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA DE LAS SIQUIENTES ENFERMEDADES:

LE PEDIMOS QUE CONTESTE CON HONESTIDAD Y SI NO CONOCE ALGUN TERMINO DEJELO EN BLANCO Y DURANTE EL EXAMEN MEDICO SE LE EXPLICARA.

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
DIABETES			VIH/SIDA			SINDROME DEL TUNELCARPIANO		
HIPERTENSION			PIEDRAS EN LOS RIÑONES			ARTRIRIS O PROBELAS EN LOS HUESOS		
ENFERMEDADES DEL CORAZON			GASTRITIS			CANCER		
COLESTEROL ALTO			COLITIS			CATARATAS		
TRIGLICERIDOS ALTOS			HERNIA EN EL OMBLIGO O INGUINAL			TUBERCULOSIS		
DEPRESION			PROBLEMAS PARA ESCUCHAR			ENFERMEDADES DE LOS OIDOS		
ANSIEDAD			VARICES			RINITIS/SINUSITIS		
INSOMNIO			DESVIACION DE LA COMUNA O ESCOLIOSIS			ENFERMEDADES DEL PULMON		
EPILEPSIA			HERNIA DE DISCO			ASMA		
ESQUIZOFRENIA			ASTIGMATISMO			HEPATITIS		
MIGRAÑA O DOLOR DE CABEZA			MIOPIA O PROBLEMAS PARA VER DE LEJOS			PROBLEMAS DEL HIGADO		
LUMBALGIA O DOLOR DE ESPALDA			HIPERMETROPIA O PROBLEMAS PARA VER DE CERCA			OTRAS		

OBSERVACIONES:

HISTORIA CLINICA LABORAL

Examen Medico de Ingreso

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

1.- ¿LE HAN REALIZADO ALGUNA CIRUGÍA? ESPECIFICAR DE QUÉ Y A QUÉ EDAD

2.- ¿HA TENIDO ALGUN ACCIDENTE? ESPECIFICAR DE QUE TIPO, LA EDAD Y EL TRATAMIENTO.

3.- ¿LE HAN PUESTO SANGRE ALGUNA VEZ?

4.- ¿ALGUNA VEZ HA ESTADO INCAPACITADO MAS DE UN MES? ESPECIFIQUE PORQUE

5.- ¿EN ALGUN TRABAJO, POSTERIOR A UN ACCIDENTE LE HAN OTORGADO UNA INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE POR SECUELAS?

6.- ¿EN ESTE MOMENTO ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO O TOMA ALGUNO DE POR VIDA? ESPECIFIQUE CUAL

7.- ¿ALGUNA VEZ HA INGERIDO ALGUNA DROGA? A QUE EDAD Y CUAL.

CONFIRMO QUE LOS DATOS QUE ACABO DE PROPORCIONAR SON VERDADEROS, EN CASO DE OMISION O FALSEDAD, LA EMPRESA PODRA SUSPENDER LOS TRAMITES DE INGRESO.

ACEPTO LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE EN CASO DE REQUERIRSE, ASI COMO UNA EXPLORACION MÉDICA Y LA APERTURA DE MI EXPEDIENTE CLINICO.

LA PRESENTE INFORMACION SERA MANEJADA DE MANERA CONFIDENCIAL EN TODO MOMENTO DE ACUERDO A LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESIONES PARTICULARES (LFPDPPP) Y SOLO PODRA SER REVISADA O VISTA POR EL PERSONAL DE SALUD AUTORIZADO, INCLUYENDO PERSONAL MEDICO EXTERNO, YA SEA PARA SOLICITAR LA OPINION DE UN ESPECIALISTA O SI ES SOLICITADA POR EL AREA MEDICA DE LA EMPRESA DONDE SE ESTA LABORANDO.

YO _____ CONFIRMO
QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON VERDADEROS Y DOY MI AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO PARA
LOS FINES QUE A LA EMPRESA COVENGAN.

FECHA: _____ FIRMA: _____

HISTORIA CLINICA LABORAL

Examen Medico de Ingreso

PARA SER LLENADO POR EL MEDICO

NOMBRE DEL CANDIDATO: _____

VI. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Menarca:	Ritmo:	FUM:	IVS:	No. De Parejas Sexuales:
Métodos de planificación familiar:				
G:	P:	C:	A:	Menopausia:
FUP		FUA		FPP
DOC:				
Lactancia:				

OBSERVACIONES: _____

VII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

SINTOMAS GENERALES	Interrogados y Negados	Si es positivo especificar:
ORGANO DE LOS SENTIDOS	Interrogados y Negados	Si es positivo especificar:
CARDIORESPIRATORIO	Interrogados y Negados	Si es positivo especificar:
DIGESTIVO	Interrogados y Negados	Si es positivo especificar:
VASCULAR	Interrogados y Negados	Si es positivo especificar:
GENITO-URINARIO	Interrogados y Negados	Si es positivo especificar:
HEMOLINFATICO	Interrogados y Negados	Si es positivo especificar:
ENDOCRINO	Interrogados y Negados	Si es positivo especificar:
SISTEMA NERVIOSO	Interrogados y Negados	Si es positivo especificar:
ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS	Interrogados y Negados	Si es positivo especificar:
TRANSTORNOS DEL SUEÑO	Interrogados y Negados	Si es positivo especificar:
MUSCULO- ESQUELETICO	Interrogados y Negados	Si es positivo especificar:
PIEL	Interrogados y Negados	Si es positivo especificar:

HISTORIA CLINICA LABORAL

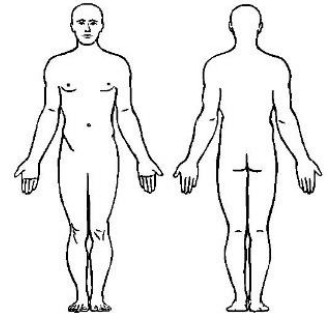
Examen Medico de Ingreso

PARA SER LLENADO POR EL MEDICO

OBSERVACIONES:

TATUAJES SI ☐ NO ☐ MONOCROMATICOS SI ☐ NO ☐ CUANTOS: ____ POLICROMATICOS SI ☐ NO ☐
CUANTOS: ____

DONDE Y QUE SON:



PERFORACIONES SI ☐ NO ☐ DONDE: ____

VIII. EXPLORACION FISICA

SIGNOS VITALES

PESO	TALLA	IMC	TA	FC	FR	SO2	TEMP	CINTURA	CADERA	ICC

INSPECCION GENERAL

NORMAL	ANORMAL	ESPECIFICAR LESION

EXPLORACION

a) **NEUROLOGICA.**

NORMAL	ANORMAL	ESPECIFICAR LESION

b) **CABEZA Y CUELLO**

	NORMAL	ANORMAL
CABEZA		
NARIZ		
OLFATO		
FARINGE		
AGUDEZA AUDITIVA OIDO DERECHO E IZQUIERDO		
CONDUCTOS AUDITIVOS DERECHO E IZQUIERDO		
MEMBRANA TIMPANICA DERECHA E IZQUIERDA		
CUELLO		

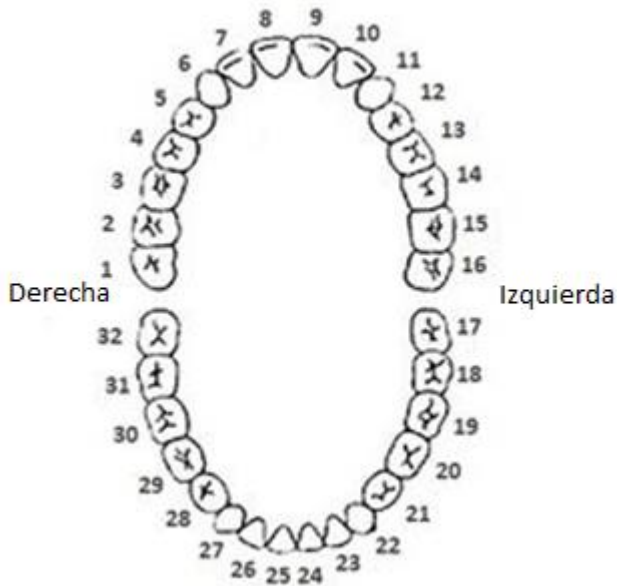
OBSERVACIONES

HISTORIA CLINICA LABORAL

Examen Medico de Ingreso

PARA SER LLENADO POR EL MEDICO

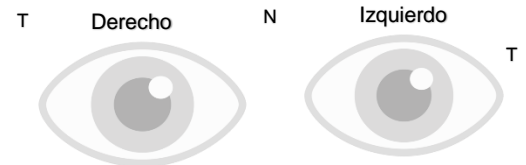
c) BOCA



- Amalgama o resina
- Pérdida dental
- Diente roto
- Caries

d) REVISION VISUAL

	NORMAL	ANORMAL
PARPADO DERECHO E IZQUIERDO		
CONJUNTIVAS DERECHA E IZQUIERDA		
MOVIMIENTOS OCULARES		
CAMPOS VISUALES		
ANEXOS OCULARES		
IRIS		
PUPILA		
CRISTALINO		
Si existe alguna otra alteración especificar.		



MEDICION SEGÚN CARTA DE SNELL

OJO	20/20	OTRA	C/LENTES
Derecho			
Izquierdo			

TEST DE ISHIHARA ____/24 LAMINILLAS

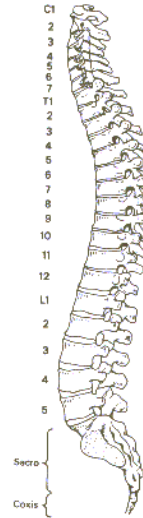
e) TORAX Y ABDOMEN

	NORMAL	ANORMAL	ESPECIFICAR
TORAX ANTERIOR			
TORAX POSTERIOR			
CAMPOS PULMONARES			
RUIDOS CARDIACOS			
ABDOMEN INSPECCION			
ABDOMEN PALPACION			
PERISTALSIS			
Si existe alguna otra alteración especificar.			

PARA SER LLENADO POR EL MEDICO

f) COLUMNA VERTEBRAL

	NORMAL	ANORMAL
INSPECCION ESTATICA		
INSPECCION DINAMICA		
REGION CERVICAL MOVILIDAD COMPLETA		
REGION LUMBAR MOVILIDAD COMPLETA		
PRUEBAS DE COLUMNA DORSAL Y LUMBAR		
Si existe alguna otra alteración especificar.		

**g) EXTREMIDADES SUPERIORES.**

	SI	NO
INTEGRAS		
SIMETRICAS		
EUTROFICAS		
MOVILIDAD ACTIVA Y PASIVA DE HOMBRO, ANTEBRAZO, MANOS Y DEDOS COMPLETA		
FUERZA MUSCULAR 5/5 EN ESCALA DE DANIELS		
REFLEJOS BICIPITAL Y TRICIPITAL NORMALES		
SENSIBILIDAD CONSERVADA		
Si existe alguna otra alteración especificar.		

h) EXTREMIDADES INFERIORES

	SI	NO
INTEGRAS		
SIMETRICAS		
EUTROFICAS		
MOVILIDAD ACTIVA Y PASIVA DE CADERA, RODILLA, TOBILLO Y PIES COMPLETA		
FUERZA MUSCULAR 5/5 EN ESCALA DE DANIELS		
REFLEJOS PATELAR Y AQUILIONORMALES		
SENSIBILIDAD CONSERVADA		
MARCHA NORMAL		
Si existe alguna otra alteración especificar.		

OBSERVACIONES:

	NORMAL	ANORMAL	Si existe alguna otra alteración especificar.
PIEL			

IX. CONCLUSIONES/ DIAGNOSTICOS/ ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE

HISTORIA CLINICA LABORAL
Examen Medico de Ingreso

X. RECOMENDACIONES/ TRATAMIENTO/ PERIODICIDAD DEL SEGUIMIENTO



NOMBRE DEL MEDICO:

Dra. Lucia Ortega Torres

Ced. Prof. 09148938
